|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universidad Estatal a Distancia SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GRADUACIÓN**  **Oficina de Registro O SALIDAS LATERALES**  Tels: 2527-2258 / 2527-2273 Fax: 2283-0727 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Completo:  Fabrizio Gonzalez Valerio | | | | | | | | | | | | | | | | Cédula:  207700061 | |
| Telefono Habitación: | | | | | | Teléfono Celular:  83052909 | | | | | | | Correo electrónico:  [fabriziodigitador.exe@gmail.com](mailto:fabriziodigitador.exe@gmail.com) | | | | |
| Lugar de trabajo:  N.A | | | | | Teléfono: | | | | | Extensión: | | | | | | Fax: | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMPLETE O MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA POR OPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carrera: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Título solicitado:  Técnico Diplomado Profesorado  ✔ Bachillerato | | | | | |  | Licenciatura Maestría Doctorado | | | |  |  | Centro Universitario:  CEU Los Chiles | | | | |
|  | | | | |
| PAU 1 |  | PT 2 |  | ET 1 | |  | MT 1 |  | MT 3 | |  | VT 4 | |  | Idone. Educa. Especial | | |
| PAU 2 |  | PT 4 |  |  | ET 2 |  | MT 2 |  |  | VT 3 Idon. Bibliotec. Idon. Adm Ed | | | | | | | |
| Es funcionario de la UNED: | | | | |  | Si  ✔ No | |  |  | Dependencia donde labora:  N.A | | | | | | | |
| Es alumno con graduación de  Honor: | | | | | | Si  ✔ No | |  |  | Aprobó Cursos de Extensión: Si  No | | | | | | | |
| Usted presenta algún tipo de discapacidad: | | | | | | Si  ✔ No | |  |  |  | Indique: Motora Visual  Auditiva Otro | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEBE ADJUNTAR PARA GRADUACION Y SALIDA LATERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuestionario de Graduando Monto ₵  Fotocopia de Cédula de identidad Recibo # | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firmo haciendo constar que llené completamente la información solicitada y que me comprometo a estar  en comunicación con el Centro Universitario para saber el progreso de esta solicitud | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Firma del estudiante | | | | | | | | | | Fecha | | | | | | Firma del Funcionario | |
| 05/12/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE REGISTRO** | | | | | | | | |  | Colilla de certificación (solo en caso que la requiera) | | | | | | | |
| Revisado por: | | | | | | | | | | Nombre del estudiante Certificación solicitada:  Salida Lateral  Conclusión del plan de estudio (egresado) Graduación  La retira en: Registro | | | | | | | |
| # DE CeU. | | | | | | |  |

